



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA**

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica

**SOLICITUD DUPLICADO DE CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD/SUB-
ESPECIALIDAD**

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Celular : _____ Correo electrónico: _____

Número de licencia regular: _____

Especialidad o Sub-Especialidad para la que solicita duplicado: _____

*****NOTA:** Para un DUPLICADO de la certificación de especialidad o sub-especialidad,
deberá cumplir con los siguientes requisitos:

1. Cumplimentar la Solicitud de Certificación de Especialidad.
2. Acompañar declaración jurada ante Notario Público exponiendo lo sucedido.
3. Someter con la solicitud pago no reembolsable por la cantidad de \$75.00 en
ATH, VISA, Máster Card o Giro Postal, Bancario o Cheque Certificado a
nombre de SECRETARIO DE HACIENDA de Puerto Rico.
4. Copia impresa (fotocopia) de su licencia de conducir o pasaporte americano
vigente

En la nueva licencia se hará constar que es un duplicado.

**CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA ES CORRECTA Y QUE HE
LEÍDO TODOS LOS REQUISITOS**

Firma

Fecha

